

INFORMED CONSENT STATEMENT

Name of Journal: World journal of orthopedics

Manuscript NO: 47801

Manuscript type: Retrospective case-series

Title: Advanced septic arthritis of the shoulder treated by a two-stage arthroplasty

Authors List: Patrick Goetti, Nicolas Gallusser, Alexander Antoniadis, Diane Wernly, Frédéric Vauclair, Olivier Borens

Informed consent statement : Patients were not required to give informed consent because the analysis used anonymous data that were obtained after each patient agreed to treatment by written informed consent.

Sincerely,



Patrick Goetti, MD

Corresponding author: Patrick Goetti, MD, Department of orthopedic surgery and traumatology, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Avenue Pierre-Decker 4, Lausanne 1010, Switzerland. patrick.goetti@chuv.ch

Telephone: +41-79-5569044

Fax: +41-21-3142755



Dépt de l'appareil locomoteur
Service d'orthopédie - traumatologie

Policlinique d'Orthopédie : 021.314.79.79

Policlinique de Traumatologie: 021.314.28.24

Compte-rendu de l'entretien informatif du patient dans le service OTR : épaule / coude

1 Information du patient

Interprète : Accompagné : Représentant légal :											
DIAGNOSTIC : Status après spar épaul C	Croquis de l'intervention (facultatif) C f. Juchon										
INTERVENTION PROPOSEE : Allation spar et PTE interne C											
DUREE PREVUE DU SEJOUR : <input type="checkbox"/> en ambulatoire <input checked="" type="checkbox"/> en hospitalisation 10 jours <input checked="" type="checkbox"/> entrée la veille											
Type de narcose envisagée : <input checked="" type="checkbox"/> Anesthésie générale <input type="checkbox"/> Anesthésie locorégionale											
Evolution possible avec l'intervention : <input checked="" type="checkbox"/> Diminution des douleurs <input checked="" type="checkbox"/> Amélioration de la fonction Autres traitements envisageables : <input type="checkbox"/> Traitement conservateur <input type="checkbox"/> Autre(s)	Evolution possible sans intervention : <input type="checkbox"/> Persistance de la douleur <input checked="" type="checkbox"/> Diminution de la fonction <input type="checkbox"/> Progression de la pathologie										
Possibilité d'extension de l'intervention : C											
Risques éventuels / Complications pouvant survenir et nécessitant des traitements spécifiques (à expliquer selon le cas) : <table border="0"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Infection</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Luxation / instabilité / récurrence d'instabilité</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Descellement / usure de prothèse</td><td><input type="checkbox"/> Guérison tendineuse incomplète - re-rupture</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Lésion neurologique / vasculaire</td><td><input type="checkbox"/> Pseudarthrose / Cal vicieux</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Raideur articulaire</td><td><input type="checkbox"/> Fracture / re-fracture</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Autre(s) risque(s)</td></tr></table>		<input checked="" type="checkbox"/> Infection	<input checked="" type="checkbox"/> Luxation / instabilité / récurrence d'instabilité	<input checked="" type="checkbox"/> Descellement / usure de prothèse	<input type="checkbox"/> Guérison tendineuse incomplète - re-rupture	<input checked="" type="checkbox"/> Lésion neurologique / vasculaire	<input type="checkbox"/> Pseudarthrose / Cal vicieux	<input checked="" type="checkbox"/> Raideur articulaire	<input type="checkbox"/> Fracture / re-fracture		<input type="checkbox"/> Autre(s) risque(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Infection	<input checked="" type="checkbox"/> Luxation / instabilité / récurrence d'instabilité										
<input checked="" type="checkbox"/> Descellement / usure de prothèse	<input type="checkbox"/> Guérison tendineuse incomplète - re-rupture										
<input checked="" type="checkbox"/> Lésion neurologique / vasculaire	<input type="checkbox"/> Pseudarthrose / Cal vicieux										
<input checked="" type="checkbox"/> Raideur articulaire	<input type="checkbox"/> Fracture / re-fracture										
	<input type="checkbox"/> Autre(s) risque(s)										
Facteurs de risques liés au patient : Infection / Raideur articulaire											



Consentement

Traitements et soins après l'intervention : <input checked="" type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Echarpe <input type="checkbox"/> Plâtre		<input checked="" type="checkbox"/> Gilet orthopédique 4 h - ans <input type="checkbox"/> Autre(s)
Restrictions et impacts probables sur la santé : Momentanés : <input type="checkbox"/> Arrêt de travail <input type="checkbox"/> Autre(s)		<input checked="" type="checkbox"/> Incapacité de conduite 6 semaines
Définitifs : 		
Assurance : <input type="checkbox"/> Intervention prise en charge par l'assurance de base <input type="checkbox"/> Le patient est invité à se renseigner auprès de son assurance		
Questions spécifiques du patient : 		
Moyens de présentations utilisés : Images / photos <input type="checkbox"/> Schémas <input type="checkbox"/> Brochures <input type="checkbox"/> Radios <input checked="" type="checkbox"/>		
Autres : (préciser)		

2 - Consentement du patient

Le Dr [REDACTED] et moi-même avons eu ce jour un entretien informatif sur l'intervention thérapeutique proposée. oui ☒ non ☐

J'ai compris l'information qui m'a été donnée telle qu'elle est résumée dans ce compte-rendu. oui ☒ non ☐

J'ai également reçu une information sur la transfusion de produits ou de dérivés sanguins. oui ☒ non ☐

J'autorise la diffusion d'information concernant mon état de santé à ma famille et à mes proches. oui ☒ non ☐

J'autorise l'enregistrement de mes données nominatives liées à mon intervention en interne au Département de l'appareil locomoteur du CHUV de même que dans le registre suisse des implants « siris » pour leur utilisation de façon anonymisée dans un but de contrôle de qualité, de publications scientifiques ou de formation au CHUV. oui ☒ non ☐

J'ai été informé(e) des précautions à prendre avant, pendant, après l'hospitalisation ou l'intervention. oui ☒ non ☐

J'autorise mon médecin à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème opératoire pour faire face aux complications, y compris à un changement de procédure. oui ☒ non ☐

J'accepte de me soumettre à l'intervention proposée ainsi que d'autres interventions possibles telles que discutées et mentionnées dans ce document, dont une copie m'est remise. oui ☒ non ☐

Date et lieu : [REDACTED]

Timbre et signature du médecin :

[REDACTED]

[REDACTED]